

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Mars 1896, à 1 heure

Par ANTOINE-SIDOINE ROQUES

Né à Coarraze (Basses-Pyrénées), le 17 Janvier 1870.

Ancien externe des hôpitaux.

224

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECTROPION NON CICATRICIEL

(PATHOGÉNIE — TRAITEMENT)

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
NÉLATON, agrégé.
HARTMANN, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Mars 1896, à 1 heure

Par ANTOINE-SIDOINE ROQUES

Né à Coarraze (Basses-Pyrénées), le 17 Janvier 1870.

Ancien externe des hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECTROPION NON CICATRICIEL

(PATHOGÉNIE — TRAITEMENT)

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. { GUYON, professeur.
NÉLATON, agrégé.
HARTMANN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		Ch. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		N....
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAB.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en aura leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547114_0066

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ECTROPION NON CICATRICIEL
(PATHOGÉNIE — TRAITEMENT)

INTRODUCTION

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude de l'ectropion sont d'avis que cette affection, très commune, doit être traitée énergiquement, afin d'éviter les complications, qui, malheureusement trop fréquentes, peuvent entraîner une perte plus ou moins complète de la vision. Des modifications favorables peuvent-elles être apportées avec le temps à cette maladie, ou bien va-t-elle en s'aggravant ? Verneuil, devant la Société de Chirurgie, avait parfaitement élucidé ce point. Non seulement la paupière a une tendance continuelle à se renverser, mais si cette déviation n'est pas traitée, il survient des conjonctivites tenaces, des douleurs circumorbitaires assez vives et des ulcérations de la cornée dont les conséquences peuvent être des plus graves.

« Il n'est pas de maladies, dit de Wecker, qui aient donné lieu à tant de procédés opératoires que l'ectropion, mais il n'y en a guère qui replacent la

paupière dans sa condition normale et combattent sa difformité. C'est pourquoi ils sont insuffisants ou inefficaces. »

C'est bien là l'opinion de la plupart des ophtalmologistes au sujet des nombreux traitements dirigés contre l'ectropion. Aussi avons-nous été frappé, lorsqu'en suivant la clinique de M. le docteur Jocqs, nous avons vu les résultats surprenants que donnaient les cautérisations verticales au moyen du thermocautère. C'est la vue de ces succès qui nous a donné l'idée de choisir cette question pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Ce traitement nous ayant fait découvrir ce point intéressant de pathogénie, que la parésie est la cause initiale de tout ectropion chronique, nous ne nous occuperons spécialement que de ces deux chapitres, n'ayant d'autre but que d'essayer de mettre en lumière quelques considérations nouvelles qui s'y rapportent.

Cette tâche nous a été rendue facile par les nombreuses indications que M. le docteur Jocqs a bien voulu nous fournir. Il nous a aussi initié à l'étude de l'ophtalmologie et nous a donné des marques constantes de sa bienveillante affection ; nous sommes heureux de lui témoigner toute notre reconnaissance.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous estimons de notre devoir d'adresser nos sincères remerciements à tous les maîtres qui nous ont appris à connaître et à aimer la médecine.

Nous adresserons d'abord un hommage à la mémoire du regretté professeur Peter, qui fut notre premier maître.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à MM. Gombault et Lucas-Championnière, pour leur bienveillant accueil pendant l'année d'externat que nous avons passée dans leur service.

Nous gardons le meilleur souvenir de nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. Quénu, Netter, Chauffard, Maygrier et Tarnier ; nous remercions M. le docteur de Spéville, d'avoir bien voulu nous communiquer une observation inédite.

M. le professeur Duplay nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en avons une profonde reconnaissance.

DE L'ECTROPION. PATHOGÉNIE

L'ectropion est le renversement de la paupière en dehors. Il peut être simple ou double, atteindre un seul œil ou les deux yeux en même temps, présenter des degrés divers et de nombreuses variétés d'aspect.

Cette affection, très fréquente, siège principalement sur la paupière inférieure.

La paupière peut être considérée comme étant dans une direction verticale par rapport au globe de l'œil ; dans l'ectropion, elle tend à quitter cette position, s'incline de plus en plus en dehors et forme avec le plan du globe oculaire des angles variables.

Les points lacrymaux, normalement, sont invisibles ; ils sont rejetés en arrière et se trouvent constamment en contact immédiat avec le lac lacrymal. Lorsque, par l'inspection directe, sans qu'il soit nécessaire de faire basculer le tarse en dehors on peut les apercevoir, il y a *éversion* du canalicule, premier degré de l'ectropion. Si la paupière forme un angle aigu avec le plan du globe de l'œil, l'ectropion est *incomplet* ; il est *complet*, si elle est telle-

ment abaissée qu'elle arrive à se confondre avec ce même plan. Il peut même quelquefois arriver que ce plan soit dépassé par un renversement encore plus considérable.

A l'état normal, les deux paupières forment, par leur union aux deux angles de l'œil, une ouverture ovale, la fente palpébrale, mais qui disparaît complètement, lorsque par suite de la contraction des fibres du muscle orbiculaire, dans l'occlusion de l'œil, elles viennent s'adapter parfaitement l'une à l'autre par leur bord libre; elles sont ainsi pour le globe oculaire un organe de protection contre les agents extérieurs.

Il n'en est plus de même si les deux paupières ou même l'une d'elles sont atteintes d'ectropion; suivant le degré de l'affection, surviennent des modifications plus ou moins notables. Les deux bords libres des paupières ne pouvant plus se rejoindre par suite de l'inertie qui atteint leur muscle constricteur, il en résulte un danger permanent pour l'organe de la vision.

Cette atonie musculaire entraîne une absence de clignement, mouvement se produisant le plus souvent indépendamment de la volonté et ayant pour but essentiel de faire cheminer vers le lac lacrymal les larmes versées sur toute la surface de la conjonctive. Richet, dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, insiste sur ce point : « Cette fonction des paupières est si nécessaire qu'il serait impossible de rester plus d'une minute sans faire ce qu'on appelle

cliniquement le clignement. Elle est d'ailleurs tellement indispensable à l'intégrité de l'appareil de la vision, qu'après sa destruction la portion de la cornée qui ne peut se cacher sous les replis conjonctivaux qui les remplacent et reste exposée au contact de l'air, se trouble, s'ulcère et se perfore, ce qui entraîne la perte de l'œil. » Il s'ensuit une immobilité presque complète de cet appareil ; d'autre part, l'ectropion ayant pour effet de faire disparaître le cul-de-sac conjonctival qui a pour fonction de retenir les larmes et de les faire cheminer vers le sac lacrymal, celles-ci n'ont plus aucune tendance à se porter vers l'angle interne de l'œil ; elles s'écoulent le long de la joue et cet écoulement sera d'autant plus abondant qu'il existera une éversion plus considérable des points lacrymaux.

L'irritation sans cesse croissante de la conjonctive exposée au contact de l'air amènera en même temps une hypersécrétion incessante des larmes, hypersécrétion qui pourra avoir pour conséquence un érythème de la paupière inférieure et même de la joue ; l'épiderme peut se ramollir et donner lieu à des érosions dont la cicatrisation ne fera qu'augmenter l'ectropion existant déjà.

Ce manque de coaptation, qui ne disparaît même pas pendant le sommeil, laisse à découvert une grande partie de la conjonctive qui se trouve ainsi en contact constant avec l'air et les poussières atmosphériques. Cette membrane ne tarde pas à devenir le siège de rougeurs, de conjonctivites tenaces qui, le plus

souvent, se limitent à la partie palpébrale où on peut distinguer une injection considérable des vaisseaux.

La cornée elle-même perd de sa transparence ; elle donne naissance à des douleurs circumorbitaires très vives et continues et produit des ulcérations dont les conséquences peuvent entraîner une perte plus ou moins complète de la vision.

Les suites de cette affection peuvent, on le voit, donner lieu à un état assez grave. Heureusement, cette forme grave ne se présente pas chez tous les malades. On voit, en effet, très souvent des gens atteints d'ectropion depuis de longues années ne se plaindre que de la gêne occasionnée par l'écoulement continu des larmes. Nous donnons plus loin l'observation d'un malade âgé de 56 ans, atteint d'ectropion congénital, ayant des douleurs périorbitaires assez vives, mais ne possédant aucune altération des tissus de l'œil. C'est que « d'une part, les mouvements du globe oculaire opérés par les muscles propres suppléent en partie au clignement ; d'autre part, les malades avertis par leur instinct y suppléent aussi en relevant de temps en temps avec leurs doigts la paupière paralysée pour en frotter la surface de l'œil ». (Trousseau. *Clin. méd.*, t. II, p. 339.)

Avant de signaler les diverses variétés d'ectropion et de décrire celles dont nous nous sommes proposé de nous occuper spécialement, il nous a paru indispensable, pour la compréhension facile de ce travail,

de donner un aperçu de l'anatomie de la paupière et principalement des muscles qui président à la formation de l'ectropion ; le muscle orbiculaire et le muscle de Horner.

COUP D'ŒIL SUR L'ANATOMIE DE LA PAUPIÈRE

Des deux faces de la paupière, l'une est cutanée, l'autre muqueuse. Elles logent entre elles une couche musculaire à fibres striées qui forme l'orbiculaire des paupières, muscle qui se trouve lui-même engainé dans deux couches de tissu conjonctif lâche, l'une sous-cutanée, l'autre sous-musculaire. Ces deux couches fort minces, à mailles très larges, délimitent des aréoles qui se laissent distendre avec la plus grande facilité et qui, par ce fait, peuvent fréquemment devenir le siège d'infiltration ; d'où une perte de tonicité remarquable qui, s'accompagnant d'une parésie de la couche musculaire, sera un adjuvant très favorable au développement d'un ectropion.

La couche musculaire constituée par l'orbiculaire comprend deux portions : une portion palpébrale très mince, avec des fibres musculaires pâles et extensibles répondant aux paupières, et une portion extra-palpébrale ou orbitaire, plus épaisse et plus résistante, en rapport intime avec le pourtour de l'orbite.

A l'angle interne de l'œil est un tendon, appelé tendon de l'orbiculaire, qui joue un rôle très important, puisqu'il donne attache aux fibres de l'orbiculaire qui de ce point se partagent bientôt et, par des directions différentes, se distribuent aux deux paupières pour se rejoindre et se terminer en s'entrecroisant sur la peau de l'angle externe.

Ce tendon est à sa naissance formé de deux bandes fibreuses : l'une, le tendon direct, s'attache à l'apophyse montante du maxillaire supérieur et recouvre le sac lacrymal en avant, le croise de façon à le diviser en deux parties inégales ; l'autre, le tendon réfléchi, s'attache à la crête de l'unguis, passe en arrière du sac lacrymal et rejoint le tendon direct à la partie interne du sac.

De cette réunion il résulte un tendon unique qui se bifurque aussitôt et ses deux branches, l'une supérieure, l'autre inférieure, se rendent aux extrémités correspondantes des deux cartilages tarses.

Le sac lacrymal est donc ainsi compris entre des fibres tendineuses en avant et en arrière.

Presque tous les faisceaux constitutifs de l'orbiculaire s'insèrent sur ce tendon principal ; on voit quelques groupes de fibres prendre naissance sur le rebord du canal nasal, sur l'apophyse orbitaire interne du frontal et même sur les parois du sac lacrymal.

Le muscle orbiculaire a pour action de faire progresser les larmes de l'angle externe de l'œil jusque dans le canal nasal en déterminant par ses contrac-

tions des occlusions successives de l'orifice palpébral. Il préside ainsi à l'acte si important du clignement qui fait défaut dans l'ectropion et dont nous avons un peu plus haut indiqué le but essentiel. Il est aidé dans ses fonctions par le muscle de Horner. C'est un petit faisceau musculaire accolé à la face postérieure du tendon réfléchi et qui avec lui, s'insère en dedans sur la crête de l'unguis. Il en suit exactement le trajet, c'est-à-dire qu'il se dirige transversalement vers la commissure interne des paupières, puis se bifurque aussi en deux petits faisceaux qui doublent les deux branches du tendon réfléchi et viennent se terminer derrière les points lacrymaux après avoir couvert les canalicules lacrymaux à qui ils forment en arrière comme une sangle contractile.

On voit donc les rapports intimes qui existent entre le sac lacrymal, les canalicules et les points lacrymaux avec le muscle de Horner. Par la contraction de ces fibres en rapport avec la face postérieure du sac sur laquelle il est appliqué il contribue à faire le vide dans ce réservoir et à favoriser la migration des larmes dans le canal nasal.

Il a en outre pour action de dilater les canalicules lacrymaux en attirant en dedans leur paroi postérieure et en maintenant ainsi toujours libre la lumière de ce trajet.

Les points lacrymaux sont de la même façon dirigés en arrière et plongent ainsi constamment dans le lacrymal.

Il est ainsi facile de constater comment une légère parésie de ce muscle, comme il en existe dans les ectropions au début, entraîne le larmoïement par suite de l'aplatissement des canalicules et de la projection en avant des points lacrymaux.

VARIÉTÉS

Il y a lieu de diviser l'ectropion en aigu et chronique. La première variété est, le plus souvent, consécutive à des conjonctives purulentes. Ces ophtalmies donnent lieu à des poussées congestives intenses de la paupière, produisant un œdème considérable de ses deux faces et dont la conséquence est un relâchement très marqué de ses tissus.

Le grand cul-de-sac de la conjonctive est rempli par un abcès qui repousse de plus en plus la paupière en dehors, et celle-ci ne pouvant résister à cette tension, il s'ensuit un ectropion dont la cause est, on le voit, essentiellement mécanique.

Ces collections purulentes sont parfois très considérables ; aussi se forme-t-il souvent une vaste poche, véritable lac qui peut persister et donner naissance à un ectropion chronique.

On s'accorde à reconnaître trois causes dans la formation de l'ectropion chronique. Le bord palpébral ne quittera le globe de l'œil que s'il existe une sorte de traction qui s'exerce sur lui et cette traction se produit soit parce que le segment est raccourci

ectropion cicatriciel ou cutané), soit par un défaut d'action musculaire dû à une paralysie du muscle orbiculaire (ectropion musculaire lacrymal ou sénile) soit par suite d'une inflammation chronique ou d'une infiltration de la paupière (ectropion muqueux vrai).

Mais nous verrons qu'il existe une variété d'ectropion nettement distincte des deux variétés précédentes avec lesquelles il a été confondu. C'est sur cette forme d'ectropion que nous insisterons tout particulièrement, le procédé de traitement que nous proposons lui étant spécialement applicable.

Il est certain que ces variétés d'ectropions offrent des caractères communs dans les lésions anatomiques, la symptomatologie, la marche ou le traitement mais ils offrent aussi des différences assez notables pour qu'on puisse les décrire séparément.

ECTROPION CICATRICIEL

L'ectropion cicatriciel, première variété de l'ectropion chronique, n'étant pas justiciable de notre procédé de traitement, ne sera pas pour nous l'objet d'une étude particulière.

L'orbiculaire, en effet, n'est pas ici en cause par lui-même ; il n'y a pas de lésions propres de la paupière ; ce n'est pas une entité morbide distincte mais la conséquence d'une lésion voisine qui a englobé la paupière dans son travail de réparation organique. Dans l'ectropion musculaire ou muqueux au contraire, l'anatomie pathologique nous démontre l'existence de lésions variées appartenant en propre à ces voiles membraneux.

Le résultat de la déformation équivaut à une paralysie du muscle, puisque sa portion inférieure, quoique puissante, est placée dans des conditions qui s'opposent à l'exercice de cette puissance.

Il y a dans ce cas une perte plus ou moins grande de substance, surtout dans l'ectropion cutané consécutif aux brûlures, ainsi que des brides cicatricielles qui exercent une traction sur la paupière et qui

différencient très nettement cet ectropion accidentel de l'ectropion muqueux ou lacrymal.

Il faut ici refaire un voile palpébral ; dans l'ectropion muqueux, il suffit de relever celui qui existe encore.

On s'accorde d'ailleurs à reconnaître qu'il faut à ces deux sortes d'ectropion deux traitements différents. Panas, dans son paragraphe « Ectropion » du *Traité de médecine et de chirurgie*, sépare nettement ces deux sortes de traitements et en fait deux chapitres essentiellement distincts en groupant autour d'eux les diverses méthodes qui réussissent le mieux dans les deux cas.

On comprend que dans l'ectropion cicatriciel la rétraction fibrillaire due à l'emploi du thermocautère, ne pourra être d'aucune utilité, car on ne supprime pas la cause qui a produit l'ectropion, les brides cicatricielles. Il est donc tout indiqué d'employer ici d'autres modes de traitement et l'autoplastie fournit dans cette variété des résultats très nettement favorables.

ECTROPION MUSCULAIRE

Un défaut d'action musculaire, dû à une paralysie du muscle orbiculaire, constitue la deuxième variété d'ectropion ou ectropion musculaire. Mais il y a lieu de distinguer un ectropion paralytique congénital et un ectropion paralytique simple ordinaire ou sénile.

a) L'ectropion congénital a été rarement remarqué, on en rencontre dans la science de très rares observations dans lesquelles on s'aperçoit d'ailleurs que ce vice de conformation était accompagné d'autres difformités des paupières ou du globe oculaire. Il existe cependant un ectropion congénital indépendant de toute autre affection de l'organe de la vision, dû à une paralysie du muscle orbiculaire provenant d'une paralysie faciale. Voici du reste une observation, que nous avons recueillie à la clinique de M. le docteur Jocqs, qui dénote l'existence de cette affection :

OBSERVATION I

T .. Jean, 54 ans, vient à la clinique présentant un énorme ectropion de l'œil gauche qui date de sa naissance. La paupière a subi un renversement complet et il existe un larmoiement considérable.

Ce malade est atteint en même temps d'une paralysie faciale qui est aussi congénitale. Il présente tous les symptômes de cette maladie et a en outre toujours eu une surdité complète de l'oreille gauche avec des douleurs plus ou moins vives dans cette oreille. On sait en effet que l'otite est une complication très fréquente des paralysies faciales. Plusieurs tentatives ont été faites pour redresser cette paupière, tentatives qui n'ont amené aucun résultat; aussi ne veut-il plus entendre parler d'opération et a-t-il refusé de se laisser traiter.

C'est, on le voit, un cas d'ectropion musculaire congénital qui nous paraît probant.

b) L'ectropion paralytique simple ordinaire ou sénile est une affection qui se rencontre chez les vieillards. « Le muscle orbiculaire en effet est fréquemment chez eux dans un état avancé d'atrophie » (de Wecker); il peut aussi être facilement mis hors d'action par les tiraillements que la peau et les tissus relâchés exercent sur lui. Si à cette faiblesse sénile, constituée par le relâchement de la peau, l'atrophie du muscle, l'infiltration de la paupière, vient s'ajouter une légère parésie des filets terminaux du facial, on aura toutes les conditions voulues pour produire le renversement de la paupière. Cette sangle que

forment les fibres musculaires de l'orbiculaire par rapport à ce voile membraneux ayant perdu toute son action par suite de l'atrophie et de la paralysie, la paupière ne se trouve plus maintenue, tombe suivant les lois de la pesanteur et se renverse en dehors. On ne retrouve pas dans les anciens auteurs, Celse, Bordenave, Scarpa, etc..., une citation quelconque faisant remonter à la paralysie faciale cette variété d'ectropion sénile ; ils l'attribuaient à des causes mécaniques. Plus récemment, tout en reconnaissant que la paralysie de l'orbiculaire est une cause très fréquente d'ectropion, les auteurs modernes s'accordent à dire qu'il peut quelquefois survenir sans paralysie.

Denonvilliers et Gosselin s'expriment ainsi : « La faiblesse ou la paralysie de l'orbiculaire est *quelquefois* suivie d'un ectropion ; en effet, puisque l'action incessante du muscle a pour effet de maintenir la paupière inférieure relevée, la diminution ou la cessation de cette action doit permettre le renversement. Ainsi se produit l'ectropion léger dont sont affectés les vieillards débilités et celui qui arrive chez les individus atteints depuis longtemps de paralysie faciale. »

Nélaton (*Pathol. Chirurg.*, t. III) fait mettre en jeu une action musculaire : « l'ectropion musculaire dépend d'une atonie du muscle orbiculaire qui ne se contracte plus d'une manière suffisante pour maintenir la paupière inférieure fixée contre l'œil. Celle-ci, par son propre poids, s'écarte alors plus ou moins du

globe et finit quelquefois par se renverser d'une manière complète. »

Plus récemment encore, de Wecker, Panas, admettent que sans parésie, cet ectropion peut se produire. « Le relâchement de la peau, l'atrophie du muscle orbiculaire, notamment de sa partie centrale et le poids même de la paupière portant particulièrement son action sur le bord cilaire », en sont, d'après Wecker, une cause fréquente. Il distingue toutefois une forme où la paralysie de la septième paire est seule en jeu et il ajoute : « A côté de cette forme d'ectropion musculaire sénile, il s'en place une autre qui se rencontre dans la paralysie de la septième paire d'où le muscle orbiculaire tire ses filets moteurs. A mesure que les paupières et le globe de l'œil perdent leur contiguité, l'élimination des larmes devient plus difficile et finit par ne plus se faire, ce qui peut produire une irritation permanente de l'œil (*Traité d'ophtalm.*, t. I).

« Une troisième forme (Panas, *Traité des maladies des yeux*, t. II), est celle musculaire dépendant de la paralysie de l'orbiculaire. Chez les vieillards on observe également l'ectropion par suite du manque de tonicité du derme et de l'atrophie du muscle palpébral inférieur surtout fréquent lorsqu'il s'y ajoute l'inflammation chronique du bord libre. »

Nous verrons plus loin que ces variétés sont toutes sous la dépendance d'une parésie nécessaire primitivement à la production de l'ectropion, car le poids

propre de la paupière, avec une atonie du muscle ne suffisent pas à produire cette affection.

Il y a dans cette variété des degrés divers depuis la simple éversion du canalicule jusqu'au renversement complet. Chez les vieillards on voit très fréquemment des yeux larmoyants. Cet épiphora peut évidemment être la conséquence soit d'une tumeur lacrymale, soit d'une obstruction du canal nasal, ce dont on peut se rendre compte par une injection, soit d'une hypersécrétion des larmes, au point que le liquide ne trouve pas une voie d'écoulement assez rapide par les points lacrymaux, mais en dehors de ces causes relativement rare chez eux, il existe simplement une parésie.

Si elle se limite au muscle de Horner, le point lacrymal qui, à l'état normal regarde en dedans et est invisible, donne lieu ici à un fait caractéristique en l'examinant attentivement. Il apparaît très nettement sans faire dévier la paupière, sa lumière regarde directement en haut et souvent il y a même une légère éversion en dehors. Il se forme alors un angle qui se voit surtout lorsqu'on fait regarder le patient en dedans, et qui se trouve formé par suite du manque de coaptation de l'angle interne de la paupière avec la portion du globe oculaire sur laquelle il doit se trouver adapté. Les points lacrymaux étant ainsi rejetés, ne peuvent plus puiser les larmes dans le lac lacrymal.

Si le muscle orbiculaire lui-même est atteint, on remarque que les paupières ont une certaine diffi-

culté à se rejoindre dans les cas légers. C'est un simple renversement du bord libre pouvant atteindre soit le côté interne, soit le côté externe ; dans les cas extrêmes, c'est une coaptation imparfaite et la chute de l'inférieure.

C'est le nerf facial qui anime ce muscle et c'est le seul organe concourant à la vision qui soit sous la dépendance de ce nerf moteur. « La section du nerf facial, dit Claude Bernard, ne produit pas d'autres effets sur l'œil que ceux de la paralysie du muscle orbiculaire des paupières. » (Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, t. II.)

La paralysie de la septième paire empêche donc l'orbiculaire d'accomplir ses fonctions normales en détruisant cet équilibre mutuel, par lequel les paupières conservent leur fonction physiologique équilibre qui se produit par la contraction modérée des fibres musculaires d'une part et par la résistance proportionnée de la peau et des ligaments palpébraux d'autre part : la peau et les couches sous-jacentes n'étant plus retenues par les fibres musculaires se relâchent et entraînent la paupière en dehors.

Alors l'occlusion de l'œil et le clignement sont impossibles ; l'organe de la vision est largement ouvert ; la paupière supérieure est élevée et un peu écartée du globe, et l'inférieure a une continuelle tendance à tomber de plus en plus.

ECTROPION MUQUEUX

Les auteurs s'accordent à décrire, comme une variété importante et fréquente, la variété d'ectropion connue sous le nom d'ectropion muqueux, et due aux affections de la conjonctive.

1^o) Les conjonctivites et les blépharites chroniques, l'eczéma des paupières, seraient une des causes les plus fréquentes de la production de l'ectropion muqueux. Souvent même, la peau quoique en apparence saine, est le siège d'altérations qui ont leur part d'action dans la production du renversement. On sait qu'à l'état normal, la peau des paupières possède des qualités de finesse, de mobilité et d'élasticité plus marquées que les autres parties du système cutané. Ces conditions sont changées dans l'ectropion muqueux, surtout s'il remonte à une époque déjà ancienne. Que ces lésions reconnaissent pour point de départ l'état inflammatoire de la conjonctive ou des bords ciliaires, ou bien cet état eczémateux dû au contact irritant des liquides qui s'écoulent de l'œil, l'inflammation de la muqueuse fait subir à la paupière des modifications graduelles dans son tissu propre et dans l'appareil glandulaire.

La connaissance des lésions cutanées de l'ectropion muqueux est de date assez récente. Guthrie qui avait apporté beaucoup d'attention à cette forme, appelait cet état « la contraction de la peau sans cicatrice apparente ».

Le bord libre s'émousse, au lieu de conserver l'aspect carré qu'il présente normalement, il prend une forme arrondie ; la peau est tendue, rétractée comme si elle était transformée par une véritable cicatrice. Il n'y a pas de perte de substance, et cependant le tégument est raccourci. A la suite du mémoire de Bordenave, Louis a placé quelques remarques. Il dit que dans les cas d'inflammation de la conjonctive palpébrale, celle-ci se tuméfiant et se boursouflant, devenait plus longue que la peau, « que la doublure était plus longue que l'étoffe ».

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* rejettent cette explication : « Il faut convenir que ce mécanisme ne se comprend pas très bien. Tout le monde a observé des blépharites avec gonflement considérable de la conjonctive qui n'étaient pas suivies d'ectropion. » Nous verrons que l'auxiliaire nécessaire est une parésie.

Les glandes de Meibomius sont elles-mêmes altérées ; elles subissent un travail pathologique qui amène leur destruction, et le bord libre de la paupière n'étant plus humecté, lubrifié par cette sécrétion glandulaire, devient rouge, luisant, érysypélateux et pour ainsi dire s'atrophie. La conjonctive subit dans ses sécrétions des modifications, cette

sécrétion, souvent mêlée à du pus, est versée incessamment sur la portion cutanée de la paupière, l'irrite, la détériore et lui fait subir des rétractions graduelles, qui amènent un raccourcissement de la partie contiguë au bord libre et en déterminent le renversement.

2^o) Progressivement l'inflammation gagne en profondeur, les fibres de l'orbiculaire les plus rapprochées du bord ciliaire sont d'abord affectées et leur action qui a pour but d'appliquer le bord libre contre le globe oculaire est annihilée. Puis le muscle orbiculaire tout entier est atteint et les contractions continuelles qu'il présente ses fibres par suite de l'irritation persistante de la conjonctive enflammée, tendent à faire disparaître la courbure formée par l'orbiculaire, courbure nécessaire pour que la paupière soit bien appliquée sur le globe oculaire, et ont pour effet de faire basculer le tarse privé de la résistance du squelette fibro-cartilagineux.

Pour Mackensie, cette contraction spasmodique du muscle orbiculaire serait la cause efficiente de la production de cet ectropion. Il se produirait une sorte d'étranglement de la conjonctive d'où résulterait le boursoufflement de cette membrane.

« Cette explication est elle-même obscure et en désaccord avec la physiologie et le spasme de l'orbiculaire n'est pas susceptible de renverser la paupière en dehors, ou bien il faudrait admettre avec Chelius qu'une portion déterminée du muscle serait seule

contractée, opinion qu'aucun fait ne justifierait » (*Comp. chir.*, t. III).

3^o « Une variété, dit Panas, qu'on appelle ectropion muqueux, tient au gonflement oedémateux de la conjonctive qui tend sans cesse à refouler et à renverser la paupière. » L'inflammation des conjonctives et du bord libre peut amener une infiltration notable dans ces tissus à tel point qu'il semble que la muqueuse soulevée fasse hernie au dehors sur la peau qui est saine en apparence. Il en résulte un gonflement énorme des surfaces cutanées et muqueuses qui a fait donner à cet état de la conjonctive le nom de « sarcomateux ».

Ces bouffées inflammatoires engorgent la tumeur, obstruent les conduits et la pression exercée par ces collections, tend à repousser le cartilage tarse et à le faire basculer.

Mais cette manière de voir n'explique pas suffisamment le mode de production de l'ectropion, car on ne voit pas ce renversement dans la conjonctivite purulente et cependant la turgescence de la muqueuse est quelquefois énorme. Le renversement ne se produit que s'il y a chémosis.

Le larmolement, symptôme commun à tous les ectropions, survient dès que le canalicule commence à subir une légère déviation afin de continuer l'œuvre commencée, les points lacrymaux ne pouvant plus absorber les larmes.

Ces trois causes que nous venons d'énumérer :

le raccourcissement des téguments, le défaut d'action de l'orbiculaire, la pression, le poids exagéré de la paupière qui, d'après les auteurs, seraient les causes habituelles de l'ectropion muqueux, sont-elles des raisons suffisantes pour donner naissance à un ectropion ? Et faut-il admettre que l'une ou l'autre de ces actions peuvent amener un renversement complet de la paupière ? Pourquoi, dans certains cas, qui semblent être dus à des causes analogues, les effets sont-ils si dissemblables, c'est-à-dire que tantôt on voit se produire un ectropion, tantôt, au contraire, la muqueuse reste enflammée sans donner lieu à la moindre déviation ?

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont cherché à résoudre la question en groupant ces différentes causes. « Ne serait-il pas possible, disent-ils, de combiner l'explication mécanique des anciens auteurs avec l'explication physiologique de Mackensie et d'admettre que la conjonctive étant préalablement gonflée au voisinage du bord libre et les conditions normales étant ainsi changées, le spasme de l'orbiculaire renverse l'organe en dehors, puis que le renversement une fois commencé s'achève par l'augmentation du boursoufflement conjonctival qui résulte lui-même de la persistance de la phlegmasie et peut-être de son augmentation sous l'influence de l'irritation produite par l'air atmosphérique sur une surface qui n'est pas destinée à son contact continu. »

L'ectropion muqueux n'est pas le résultat d'une action mécanique qui s'expliquerait par le gonflement

primitif de la conjonctive et le renversement consécutif de la paupière, nous l'avons vu ; les remarques de Denonvilliers et Gosselin nous ont également montré qu'il ne pouvait être dû aux contractions du muscle orbiculaire ; d'ailleurs ce qui prouve encore mieux que ces contractions n'ont aucune influence sur sa production, c'est que précisément, lorsque le muscle est paralysé il y a renversement en dehors.

Il est un auxiliaire constant qui préside à la formation de l'ectropion : c'est la parésie de l'orbiculaire. Cette condition est également nécessaire dans l'ectropion muqueux des vieillards chez lesquels les tissus ont perdu une grande partie de leur élasticité ; le gonflement de la muqueuse et le larmolement ne sont que la conséquence de la lésion qui est la cause première de l'ectropion muqueux : la parésie.

L'ectropion muqueux vrai, tel qu'il a été décrit, est très rare ; celui qu'on rencontre presque toujours est dû à un relâchement primitif, à une parésie du muscle orbiculaire ; nous l'appellerons *ectropion muqueux parétique*. Il n'y a, en effet, véritablement pas d'ectropion muqueux chronique dont la cause primitive, toute mécanique, serait due à l'œdème, au boursoufflement de la muqueuse ; dès qu'une lésion, aussi minime qu'elle soit et de cause quelconque, survient, cette lésion peut, avec le temps, amener une irritation qui produit un certain degré de paralysie des fibres centrales ou palpébrales de l'orbiculaire. Un léger renversement se manifeste aussitôt et donne lieu à un larmolement continu. C'est le méca-

nisme des ectropions consécutifs aux affections inflammatoires chroniques de la paupière.

Mais des kystes, des chalazions, etc., peuvent amener le même résultat. Nous avons eu l'occasion de prendre l'observation d'un malade venu à l'hôpital pour se faire opérer d'un chalazion. La tumeur est enlevée ; la cicatrisation se fait sans en laisser de traces, mais peu après cette même paupière est atteinte d'un ectropion. A quoi l'attribuer si ce n'est à une paralysie de l'orbiculaire consécutive à l'irritation permanente que le chalazion avait amenée par sa simple présence.

La parésie de l'orbiculaire peut être primitive (paralysie faciale) ou secondaire, et alors consécutive à une inflammation de la conjonctive (blépharite, eczéma, conjunctivites dues au larmolement, à l'abus de certains collyres, etc.)

Cet ectropion muqueux parétique ne peut rentrer dans la variété d'ectropion paralytique sénile avec lequel il a été confondu, puisque très souvent on le rencontre chez les sujets jeunes. La paralysie du muscle de Horner ou du muscle orbiculaire en est le premier stade ; le gonflement vient ensuite produit par l'irritation de la conjonctive exposée au contact de l'air et des poussières.

A l'appui de cette pathogénie de l'ectropion est une autre preuve bien plus concluante : c'est que l'action des cautérisations s'exerce quelquefois rapidement avant l'action cicatricielle. Nous en avons vu plusieurs cas. Nous y reviendrons à propos du traitement.

OBSERVATION II

Ernestine P..., 37 ans, présente une déviation de l'angle interne de la paupière de l'œil droit. Le point lacrymal est très nettement perceptible car il regarde directement en dehors.

Larmolement datant depuis deux ans. Deux raies de feu sont faites sur l'angle interne et *immédiatement* après, le point lacrymal s'est tellement redressé qu'il a presque complètement disparu.

Il est certain que l'innervation joue un grand rôle dans cette affection, et plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'en constater des effets encore plus remarquables.

OBSERVATION III

M^{me} Marie G... est atteinte, en juillet 1895, de larmolement avec conjonctivite lacrymale; en septembre elle présente un ectropion double complet. Des cautérisations d'après notre procédé sont faites sur l'œil droit et quatre jours plus tard la paupière est tout à fait relevée.

La guérison est définitive au bout de douze jours lorsque la cicatrisation est complètement terminée. Nous n'avons eu l'occasion de revoir cette malade qu'en novembre et nous avons pu constater que non seulement l'œil qui a été cautérisé s'est maintenu dans la guérison, mais que l'ectropion de l'œil gauche sur lequel aucune intervention n'avait été faite et qui était tout aussi intense que celui de l'œil droit, avait lui-même complètement disparu.

Il est probable que cette terminaison favorable est une

guérison sympathique pouvant s'expliquer par une action réflexe au même titre que l'ophtalmie sympathique.

Cette autre observation que nous rapportons et que le docteur de Spéville a eu l'obligeance de nous communiquer prouve également les relations intimes qui existent entre la paralysie et l'ectropion muqueux par suite de la grande facilité avec laquelle l'innervation peut quelquefois reprendre son excitabilité et sa contractilité, en un mot, ses fonctions normales.

OBSERVATION IV

M^{me} M. J..., 80 ans, se présente à ma consultation le 23 juin 1893. Elle est atteinte d'un ulcère infectieux de la cornée de l'œil gauche avec hypopion. Les deux paupières inférieures sont en ectropion (moyen). Après avoir fait le traitement de l'ulcère infectieux, j'applique le bandeau compressif; le surlendemain en l'enlevant je ne trouve plus trace de l'ectropion contre lequel je n'avais rien fait. Le bandeau fut ainsi porté pendant une huitaine de jours. Après sa suppression totale, l'ectropion ne reparut plus. Six mois plus tard, en janvier 1894, cette femme mourut de complications pulmonaires de l'influenza et, jusqu'à ce moment, l'ectropion est resté guéri.

L'ectropion de l'œil droit sur lequel le bandeau ne fut pas appliqué persista.

Ces nouvelles vues sur la pathogénie de cette affection nous ont été inspirées, surtout par les résultats surprenants du traitement qui avait été

fait dans le but d'obtenir un redressement par rétraction cicatricielle. Les trois observations que nous venons de citer démontrent bien qu'il n'y a pas là une cause mécanique permanente.

L'ectropion muqueux parétique peut être consécutif au larmolement par obstruction lacrymale, mais à la condition qu'il y ait aussi parésie de l'orbiculaire. Il y a beaucoup de larmolements qui durent pendant fort longtemps et qui jamais ne donnent lieu à un ectropion. Tout au plus, s'il survient une conjonctivite, peut-on observer une légère déviation du canalicule, mais jamais un ectropion même moyen. Cette affection ne se produit que si les filets terminaux du facial viennent à être paralysés.

OBSERVATION V

M^{me} C..., 50 ans, est à l'âge de 25 ans atteinte de larmolement. Une injection dans les voies lacrymales dénote l'obstruction du canal. Plusieurs traitements ont été essayés sans succès, et actuellement le larmolement, plus considérable, s'accompagne de picotements douloureux. Le cathétérisme est pratiqué, et une fois que le trajet est rendu libre, trois cautérisations sont faites pour amener le redressement.

L'effet est rapide, et au bout de 8 jours le larmolement a complètement disparu.

Ce résultat chez une femme qui, depuis 25 ans, était atteinte d'ectropion nous a paru remarquable. Il est possible qu'une nouvelle obstruction se produise et par suite un nouveau larmolement, car il est rare que le cathétérisme des voies lacrymales

vienne à bout de cette affection, mais les cautérisations ayant annulé la paralysie et rendu aux fibres musculaires toute leur action, le larmolement à lui seul ne produira pas d'ectropion et la paupière se maintiendra dans la situation normale.

A côté de ces cas, on voit très fréquemment des larmolements qui semblent n'être dus à aucune altération de la paupière et dont on croit devoir rechercher la cause dans une obstruction du canal lacrymo-nasal. Mais une injection poussée dans ce conduit dénote que le trajet est libre. En faisant un examen plus attentif, on trouve que le point lacrymal regarde en haut ou même un peu en dehors. Cela suffit ; il existe une parésie du muscle de Horner ; le canalicule, dont les rapports sont intimes avec ce muscle, se trouve relâché et le point lacrymal n'est plus dans les conditions voulues pour puiser les larmes. Le renversement se produit donc d'abord et le larmolement n'en est que la conséquence. Ce sont ces cas qui se présentent le plus couramment ; il sont excessivement fréquents. Il existe, beaucoup plus qu'on ne croit, des larmolements par simple éversion.

OBSERVATION VI

J. V.... 44 ans, cocher, se plaint depuis longtemps de larmolement. L'œil droit pleure continuellement, du côté gauche, il commence à sentir les larmes qui de temps en temps lui tombent en dehors de la paupière. Une injec-

tion faite dans le conduit lacrymo-nasal de chaque côté nous montre sa perméabilité; il doit par conséquent exister une légère déviation des canalicules parésiés. En effet, le point lacrymal du côté droit est nettement tourné en dehors, et celui du côté gauche, moins dévié, regarde en haut.

Trois raies de feu sont faites sur l'œil droit, deux sur l'œil gauche; le redressement est immédiat, le point lacrymal ne se voit plus. Huit jours après, le larmolement a complètement disparu.

On voit ainsi qu'une innervation défectueuse de la paupière peut en déterminer le renversement et que ce renversement peut se borner à une simple éversion des points lacrymaux si l'action parésiente atteint simplement le muscle de Horner. Il est même très fréquent que l'affection reste stationnaire. Mais si le larmolement et l'irritation consécutifs viennent à paralyser les fibres de l'orbiculaire, il survient d'abord un renversement de tout le bord libre de la paupière et peu de temps après un ectropion qui augmentera progressivement, favorisé du reste par l'ectropion muqueux vrai qui commence alors à se former et par le larmolement plus abondant qui en est la conséquence.

Il existe une différence au point de vue anatomique entre l'ectropion muqueux vrai, fort rare, comme nous avons essayé de le démontrer et l'ectropion muqueux dû à la parésie des fibres terminales du facial. Nous avons déjà constaté que dans l'ectropion muqueux vrai le bord est pour ainsi dire atrophié; il s'arrondit, puis présente même des irrégularités

dues aux diverses inflammations dont il est affecté. Cette déformation persiste même après la guérison puisqu'il s'est opéré dans les tissus une sorte de travail rétractile et qu'il s'est même produit une perte de substance.

Dans l'ectropion muqueux parétique au contraire, le bord étant complètement sain, puisque la parésie constitue le seul symptôme morbide, conserve constamment son aspect normal, légèrement carré, non émoussé. Après la guérison, on ne voit naturellement aucune trace de lésion.

TRAITEMENT

Les divers procédés opératoires qu'a vus naître le traitement de l'ectropion se sont jusqu'à ce jour tellement multipliés qu'il nous a paru intéressant de rapporter brièvement ceux qui ont été le plus en faveur.

Hippocrate paraît avoir employé contre cette affection l'excision et la scarification de la conjonctive. Ces méthodes furent bientôt préconisées par Antylus, Paul d'Egine, Marc-Aurèle Séverin, mais surtout par Bordenave et Scarpa qui ont consacré à l'excision un mémoire spécial. Ces auteurs soulèvent la conjonctive avec des pinces à griffe ou des pinces ordinaires, puis excisent la portion de membrane qui fait saillie entre la paupière et le globe de l'œil. Ils recommandent même de ne pas enlever une portion trop considérable de la conjonctive, afin de n'avoir pas consécutivement un entropion.

Malgré quelques succès, on peut voir d'après les observations que rapporte Bordenave que la scarification et l'excision étaient loin de donner toujours de bons résultats. Il dit lui-même que la guérison

n'est pas toujours parfaite, que les récidives sont fréquentes, que la paupière reste écartée du globe de l'œil et tend à se renverser de nouveau.

Procédé d'Antylus et de W. Adams, ou excision en V d'une partie du bord libre.

— Antylus et W. Adams faisaient deux incisions obliques et en sens inverse de quelques millimètres au niveau de la partie moyenne de la paupière renversée et à partir de son bord libre, de telle sorte qu'elles vinssent se rencontrer à 5 ou 6 millimètres de ce bord. Tous les tissus de la paupière étaient intéressés et il se produisait ainsi une perte de substance en forme de V. Les deux bords sanglants étaient réunis par deux points de suture.

Ce procédé a donné naissance à de nombreuses modifications qu'il serait trop long d'énumérer et dont les plus intéressantes ont été apportés par Dieffenbach, de Graeffe et Szymanowski.

Procédé de Dieffenbach. — L'incision est faite à l'angle externe de la paupière. On produit une perte de substance plus ou moins grande suivant le degré de l'ectropion en taillant un lambeau cutané triangulaire dont la base est tournée en haut pour la paupière inférieure, en bas pour la paupière supérieure. On avive et on suture; l'angle externe de la paupière se trouve ainsi porté en dehors.

Par le procédé d'Antylus et d'Adams, il survenait souvent une coaptation vicieuse et la formation d'une

cicatrice bosselée. Le procédé de Dieffenbach a eu pour but de placer la cicatrice dans un endroit qui la dissimule davantage et qu'elle se perde dans les plis que l'âge fait naître à l'angle externe. De plus, Adams attribuait au siège de son incision l'absence de réunion par première intention.

Procédé de de Graeffe. — Ce procédé rentre dans les procédés à lambeau par forte traction. Une incision parallèle au bord libre et immédiatement en arrière réunit les deux angles de l'œil ; à chaque extrémité on fait une incision verticale et on limite ainsi un lambeau triangulaire qu'on dissèque et qu'on relève en l'attirant fortement en haut. On fait la suture, puis on excise les deux angles inférieurs du lambeau en donnant à l'incision une direction coudée.

Procédé de Szymanowski. — Szymanowski allonge considérablement le triangle de Dieffenbach, qu'il rend très ouvert du côté de la tempe, son sommet correspondant à la commissure externe. Les deux autres côtés d'inégale longueur empiètent sur les bords libres, le plus long sur celui de la paupière ectropionnée.

Suture de Snellen. — Un des meilleurs et des plus simples procédés est celui employé par Snellen, le redressement de la paupière se fait au moyen de sutures. Sur le point le plus élevé de la

conjonctive ectropionnée, on enfonce une aiguille munie d'un fil de soie, et on lui fait traverser les tissus de la paupière le plus près possible de la peau, de manière à ce qu'elle aille sortir à deux centimètres environ au dessous du bord libre. L'autre extrémité de ce même fil est muni d'une deuxième aiguille à qui on fait subir un trajet analogue, mais en sens inverse, en ayant soin de former une anse distante de cinq à six millimètres au niveau de l'introduction des fils sur la conjonctive et de 1 centimètre à leur sortie sur la peau. On tire sur chaque extrémité du fil de manière à l'appliquer exactement et à serrer l'anse sur la conjonctive. La paupière subit ainsi une espèce de bascule de bas en haut, et d'avant en arrière. Quelquefois une deuxième suture est nécessaire. Un bandeau compressif est gardé pendant quelques jours.

Le massage, l'électricité, les injections hypodermiques de strychnine ont été employés tour à tour afin de solliciter le muscle des paupières à se contracter, mais sans qu'on ait obtenu des résultats bien appréciables.

En présence d'une éversion du canalicule, d'un léger ectropion de la paupière inférieure, on a essayé d'en obtenir le redressement en se contentant d'inciser le conduit lacrymal inférieur suivant le procédé de Bowmans et en faisant des sondages journaliers. Outre qu'il faut une grande persévérance, il est rare qu'on arrive par ce procédé à une guérison complète.

Toutes ces méthodes opératoires sont à peu près abandonnées, la suture de Snellen n'est mise en usage que dans les cas extrêmes, d'ailleurs ces moyens sanglants, préconisés suivant les époques, n'ont pu faire oublier un autre manuel opératoire qui a été de tout temps employé et auquel on a apporté de tels perfectionnements qu'aujourd'hui on ne se sert pour ainsi dire plus de ce mode de traitement : nous voulons parler de la *cautérisation*.

La cautérisation transcurrente des paupières consiste à produire rapidement sur les tissus avec le cautère actuel une ou plusieurs eschares linéaires. Après avoir été un moment abandonnée et vivement critiquée par un certain nombre de spécialistes modernes, l'usage de la cautérisation ignée, en raison de sa faculté d'application depuis la découverte du thermocautère, a été remise en honneur de nos jours et employée d'abord dans le traitement de l'entropion et du trichiasis, puis de l'ectropion.

L'emploi de la cautérisation dans le traitement de l'ectropion n'est pas de date récente. Avant et après Hippocrate, le fer rougi au feu était le remède suprême. On connaît l'aphorisme du célèbre médecin. « *Quæ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia reputare oportet.* »

Ses successeurs imitèrent sa pratique. Celse, dans un paragraphe de son traité de la médecine, de *Ectropio*, en décrit les avantages.

Arétée, Aëtius, Paul d'Egine, vantent l'emploi du fer rouge dans l'ectropion et pour la destruction des bulbes pileux.

Dans le *Traité de chirurgie* d'Albucasis, on trouve une longue description sur l'emploi de la cautérisation dans le traitement du renversement des paupières et du renversement des cils. « Dans le relâchement des paupières, dit-il, suite de maladie ou d'humidité, il faut cautériser une fois avec un cautère semi-lunaire ».

Dans sa *Grande Chirurgie*, maître Guy de Chauliac décrit les avantages de la cautérisation « soit dans le relâchement des paupières, soit lorsqu'elles sont retirées, raccourcies ou renversées, soit enfin quand les poils des paupières blessent l'œil ». Il indique plusieurs modes d'opération, et il s'exprime ainsi dans le procédé qu'il emploie par l'action du feu lors de la relaxation et de leur allongement. « On prend autant de peau qu'on le juge nécessaire et on la cautérise avec un cautère actuel courbé de sorte que l'impression du feu consomme ce qu'on en a pris ; après quoi on consolide la partie brûlée, parce qu'en la cicatrisant elle se raccourcit ».

Percy, dans sa *Pyrothecnie chirurgicale pratique* recommande la cautérisation dans l'ectropion comme supérieure à tous les autres procédés. Il s'est d'ailleurs inspiré de Celse qu'il cite dans son *Traité*. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Dans le renversement des paupières causé par un engorgement toujours renaissant, toujours indomptable de leur membrane

intérieure, n'aurait-on pas plus de succès à opérer dans la cautérisation que dans la persistance dans les excisions déjà vainement réitérées et dans l'usage non moins infructueux des cathétériques ? Il faudrait dans ce cas couvrir l'œil soit avec une cuiller d'argent, soit avec une lame de carton, tirer à soi la paupière malade le plus qu'il serait possible et y passer transcurremment un petit cautère à bec aplati, évitant soigneusement de toucher aux commissures et n'appuyant que légèrement surtout en commençant. »

Delpech, professeur à l'école de Montpellier, est un partisan de la cautérisation dans le traitement de l'entropion et de l'ectropion. Il indique mieux que ses prédécesseurs les règles à suivre. Il emploie un cautère cultellaire et trace parallèlement au bord libre de la paupière une raie de feu « horizontale », de façon à entamer la muqueuse et les fibres de l'orbiculaire.

Le redressement s'opère, d'après cet auteur, par le tissu fibreux de cicatrice qui se produit et qui exerce incessamment les propriétés dont il est doué.

Le cautère joua un grand rôle chez les Arabes ; ils en abusèrent même et l'employèrent à tout propos.

Puis, une réaction nouvelle s'opéra. Les progrès de la chimie et l'invention de nouveaux caustiques reléguèrent au second plan l'usage du fer rouge. Déjà, en même temps que la cautérisation, Maistre

Guy de Chauliac avait essayé l'emploi de poudres corrosives. Plus tard, on n'employa plus que les caustiques, afin de modifier la muqueuse par des cautérisations répétées.

Nélaton, dans sa *Pathologie chirurgicale*, en parlant de la cautérisation dans les maladies des paupières, dit que cette méthode peut se pratiquer soit avec le fer rouge, soit avec une substance caustique et que le but que l'on se propose d'atteindre est le même dans les deux cas, c'est-à-dire la production d'une eschare dont la chute soit suivie d'une cicatrice inodulaire; la rétraction consécutive redresserait le bord libre de la paupière. Cependant il donne la préférence aux caustiques sur le fer rouge : « Le fer rouge préconisé jadis par Celse, Albucasis, A. Paré, et dans ces derniers temps par Delpech, Larrey, M. Jobert, n'est guère employé aujourd'hui. On a plus volontiers recours aux caustiques tels que l'acide sulfurique concentré préconisé par Helling, Quadri, Carron du Villards, que l'on applique sur la paupière avec un pinceau d'amiante ou une petite baguette de bois, de manière à faire une sorte de trainée transversale qui représente la forme, la direction et l'étendue de l'eschare que l'on veut obtenir. » Plus loin, il ajoute : « Nous donnons la préférence au nitrate d'argent sur le beurre d'antimoine préconisé par Weller, l'acide sulfurique employé par Guthrie et le fer rouge dont les anciens faisaient un fréquent usage. On promène lentement le crayon de nitrate d'argent sur la muqueuse palpé-

brale en ayant soin d'aller d'une commissure à l'autre et du bord libre de la paupière au sillon oculo-palpébral si l'hypertrophie de la conjonctive s'étend vers ces différents points ; puis, avec une éponge préalablement imbibée d'eau que l'on exprime dans l'œil, on pratique une sorte de douche froide qui a le double avantage d'enlever l'excédent de caustique et de diminuer la sensation de brûlure produite par le nitrate. »

Denonvilliers et Gosselin sont également partisans de la cautérisation par les caustiques et sont d'avis, lorsque l'ectropion est récent et lié à une ophtalmie encore existante, de soumettre cette ophtalmie au traitement ordinaire auquel on peut ajouter la cautérisation de la conjonctive palpébrale dans les trois ou quatre jours avec l'azotate d'argent ou le sulfate de cuivre : « On voit souvent, en pareil cas, le gonflement disparaître avec la suite de l'inflammation et la paupière revenir peu à peu à sa situation naturelle. »

La découverte du thermocautère produisit une réaction nouvelle dans le traitement des difformités palpébrales. Jusqu'alors, il avait été impossible de formuler un certain nombre de règles précises dans l'emploi de la cautérisation, car le fer rouge tel que l'employaient les anciens, quoiqu'ils se soient servis de moyens de protection, était un instrument d'un maniement fort délicat au voisinage d'un organe aussi sensible que le globe oculaire et son action trop limitée et trop difficile à graduer.

Galezowski fut le premier, en 1875, qui se servit du thermocautère et préconisa les cautérisations horizontales qu'on emploie encore couramment aujourd'hui dans le traitement de cette affection. Cependant il considérait comme un moyen insuffisant l'application simple du thermocautère et il faisait précéder la cautérisation d'une incision au bistouri, croyant que, sans incision préalable, il se formait une cicatrice rouge qui persistait pendant fort longtemps.

Ce procédé, moitié sanglant, fut peu expérimenté et remplacé par celui beaucoup plus simple de Cusco. Dans un article de la *France médicale* (1878) il rejette l'incision de Galezowski pour se servir uniquement du cautère : « Le malade est endormi à l'aide du chloroforme ; l'anesthésie et la résolution musculaire doivent être absolues ; par la première, on prévient les contractions brusques et irrégulières de l'orbiculaire que la douleur ne manquerait pas de déterminer par action réflexe au moment de l'opération ; la deuxième permet d'étaler librement la paupière en l'attirant soit en haut, soit en bas avec les doigts de la main restés libres. » Il conseille ensuite de choisir une lame de thermocautère très mince et un peu allongée qu'on a portée au rouge pendant que s'exécutaient les préliminaires de l'opération. Puis cette lame est dirigée perpendiculairement à la surface de la paupière et il trace en appuyant légèrement une ligne qui mesure toute la longueur du bord libre de la paupière et qui doit se maintenir

à trois ou quatre millimètres de la ligne d'implantation des cils.

C'est, on le voit, le procédé des cautérisations horizontales essayé par Delpech, bien mis au jour par Galezowski.

Cependant avant la découverte de ce précieux instrument, Cusco s'était servi tantôt du galvanocautère, tantôt du cautère simple pour pratiquer les cautérisations horizontales.

Sullingo (*Bolletino di oculistica*, mars 1883) relate que depuis sept ans il emploie le thermocautère et proclame l'excellence de ce procédé.

Mais pour trouver des règles précises, une méthode unique, il faut arriver à Trousseau qui décrit la manière à suivre dans un article de l'*Union médicale* (1885). Voici, résumée, sa façon de procéder. Le thermocautère est chauffé au rouge ordinaire. Parallèlement au bord ciliaire et à 3 ou 4 millimètres de lui, il trace un sillon qui va d'un angle à l'autre de la fente palpébrale et qu'il fait plus ou moins profond, suivant les cas. Sauf pour les enfants, il est inutile d'employer le chloroforme. L'incision terminée, il applique immédiatement sur l'œil des compresses d'eau froide.

Depuis, les cautérisations horizontales ont été fréquemment employées et le sont encore aujourd'hui par la plupart des ophtalmologistes.

On voit que l'application du fer rouge et des caustiques, telle qu'elle était pratiquée autrefois diffère notablement des cautérisations linéaires qu'on peut

régler bien plus facilement, grâce à l'usage du thermocautère. Lorsqu'on voulait produire la cautérisation au moyen des caustiques, il était indispensable de faire plusieurs fois ces applications, car l'eschare désirée ne se produisait qu'après plusieurs séances de badigeonnages au nitrate d'argent ou à l'acide sulfurique. Quant à l'application par le fer rouge, on se rend facilement compte combien son action était difficile à mesurer et il était fréquent de voir des brûlures produites par le rayonnement s'étendre au delà des limites qu'on s'était marquées. Il s'en suivait des cicatrices défectueuses consécutives à des eschares ou trop grandes ou trop profondes.

Ces deux méthodes présentaient donc de graves inconvénients ; d'un côté l'action était trop lente, de l'autre trop étendue. Avec le thermocautère, on peut, non seulement très exactement limiter l'étendue de la partie à cautériser, la chaleur rayonnante étant pour ainsi dire nulle, mais encore il suffit d'une seule application pour obtenir le résultat désiré. Ainsi que le dit Trousseau, l'opération se fait rapidement, le résultat immédiat est parfait, les suites opératoires sont exemptes de danger, les pansements sont simples, le résultat définitif excellent.

L'avantage des cautérisations linéaires est incontestable ; depuis Delpech, Galezowski, Cusco qui, les premiers, utilisèrent ce mode de traitement, elles sont communément employées. On trace avec la pointe du couteau porté à la température du rouge ordinaire une raie de feu parallèle au bord libre en

se tenant à quelques millimètres de ce bord pour ne pas détruire les bulbes pileux, puis, si on le juge nécessaire, on repasse dans l'incision afin d'avoir un redressement plus marqué.

De nombreuses observations ont été publiées prouvant l'excellence de la méthode; cependant, nous avons pu nous rendre compte qu'il y a des cas où il a fallu intervenir à plusieurs reprises pour avoir un relèvement souvent peu accentué et quelquefois même un résultat nettement défavorable. Il existait évidemment une lacune dans cette manière d'agir et M. Jocqs, en modifiant ce manuel opératoire, nous a fait constater bien des fois avec quelle promptitude, par son nouveau procédé, se faisait le redressement dans ces cas d'ectropion rebelles à ce traitement.

Aux cautérisations horizontales, il a substitué les cautérisations *verticales* dont l'action est bien différente, comme nous le verrons plus loin, et dans tous les cas d'ectropion, les résultats ont été si nets qu'il n'emploie plus actuellement que cette unique méthode.

Nous allons maintenant décrire le manuel opératoire tel que nous l'employons.

Procédé opératoire. *Cautérisations verticales.*

— Solleysel écrivait dans son *Parfait mareschal* :
« Que celui qui donne le feu ait la main légère, qui est de ne point appuyer avec le couteau de feu sur la raie qu'il fait... Il faut du temps pour bien donner le feu et il réussit infiniment mieux de le donner avec

des couteaux médiocrement chauds et repasser plutôt cinq ou six fois sur une même raie, n'appuyant point avec le couteau de feu, que de faire tout en un coup avec un couteau fort chaud. »

« Une condition indispensable, une condition sur laquelle repose peut-être tout le succès de l'opération (Renault, *Rev. vét.*, t. IV), c'est de n'arriver à donner le degré de cautérisation nécessaire, quel qu'il soit, qu'avec une extrême lenteur ; plus on est long à mettre le feu, plus le cautère a été passé de fois dans une raie pour lui donner la quantité de cautérisation convenable, plus on est fondé à compter sur la réussite. De toutes les opérations, elle est peut-être la seule où la lenteur soit la condition du succès. »

Ces règles générales de la cautérisation formulées chez les animaux peuvent parfaitement s'appliquer à l'homme. Il est même utile d'avoir ces notions présentes à l'esprit, car en oculistique le thermocautère doit être appliqué avec prudence et dextérité.

Soins préliminaires. — Le patient étant couché, on pratique sur la muqueuse ectropionnée des instillations d'un collyre à la cocaïne à 50/0 en ayant soin de placer, en faisant ces instillations, un léger tampon de coton hydrophile sur le point lacrymal de manière à garantir les conduits lacrymaux contre l'action de la cocaïne. Nous avons en effet remarqué que de légères syncopes peuvent survenir par la pénétration de la cocaïne dans les voies lacrymales

et les fosses nasales et que, par ce simple moyen préventif, la cocaïne agissant uniquement sur la conjonctive, les syncopes ne se produisaient pas.

Huit à dix gouttes en trois ou quatre fois suffisent à anesthésier la muqueuse et les tissus sous-jacents et à annuler totalement la douleur que causerait l'application thermique.

Opération. — Au moyen d'un petit tampon de coton hydrophile ou d'une compresse sèche, un aide abaisse la paupière du côté de la joue aussi complètement et énergiquement que possible en attirant en bas le bord libre de telle sorte qu'elle ne puisse s'échapper et qu'elle reste pour ainsi dire fixée durant tout le temps de l'opération.

Tout en donnant les soins préliminaires, on porte le couteau à la température du rouge ordinaire, température qu'on maintient constante au moyen de la soufflerie, et suivant le degré de l'ectropion on applique une ou plusieurs raies de feu perpendiculaires au bord libre. Il est indispensable, pour obtenir un effet bien net, que ces cautérisations verticales partent du fond du cul-de-sac conjonctival et aboutissent à l'extrémité du bord libre, en un mot qu'elles tiennent toute l'étendue de la paupière ; on repasse ensuite le couteau dans l'incision première de manière à obtenir une perte de substance assez profonde pour que la rétraction cicatricielle consécutive soit assez puissante pour amener le redressement.

Nous avons dit que, suivant le degré de l'ectro-

pion, il fallait appliquer une ou plusieurs cautérisations. Dans les cas si fréquents de simple éversion du canalicule en effet, il suffira d'une seule raie verticale allant du fond du cul-de-sac conjonctival jusqu'au point lacrymal, pour que ce point soit complètement redressé et puisse puiser les larmes dans le lac lacrymal. Dans les ectropions moyens deux ou trois raies seront nécessaires; dans les ectropions complets il en faudra quatre ou cinq.

L'opération terminée on fait un pansement occlusif assez serré pendant quatre ou cinq jours. Ce pansement a pour but de mettre l'œil à l'abri et d'aider au redressement.

La cicatrisation se fait rapidement sans s'accompagner de phénomènes inflammatoires même pendant les jours qui suivent l'opération.

L'aspect de la cicatrice, quand elle est formée, nous démontre combien son action est puissante. Par la rétraction, les deux extrémités des cautérisations verticales tendent à se réunir et, lorsqu'elle est complète, on a l'aspect non pas d'une série de lignes verticales mais d'une ligne transversale occupant le milieu de la paupière, ce qui indique bien que l'effort rétractile s'est produit de manière à attirer les deux bords palpébraux (bord libre et bord adhérent) vers le centre.

M. Jocqs, dans les premiers temps qu'il employait cette nouvelle manière de procéder, eut l'occasion de traiter un ectropion considérable consécutif à une paralysie faciale. Craignant que l'action des cautéri-

sations verticales ne fût assez puissante, il ajouta la suture de Snellen. Voici cette observation qu'il nous a communiquée :

OBSERVATION VII

Nicolas L..., 47 ans, négociant, atteint de paralysie faciale, a consécutivement un ectropion de la paupière gauche.

Le renversement de la paupière augmente chaque jour, et ne tarde pas à devenir complet.

Larmolement considérable ; conjonctive palpébrale irritée et boursouflée.

Quatre cautérisations verticales sont faites en premier lieu, puis suture de Snellen.

La guérison est absolue au bout d'un mois, à tel point qu'il était très difficile de renverser la paupière en dehors.

Grâce à cette combinaison, l'action devient ici très puissante. La cicatrice de l'anse s'ajoute à la base des cicatrices verticales pour produire un effet encore plus considérable. Les cautérisations horizontales ne sauraient ici remplacer avantageusement les cautérisations verticales, car leur effet ne pourrait s'ajouter à l'effet produit par la suture de Snellen, la rétraction cicatricielle se faisant pour ainsi dire en sens inverse.

Voici comment s'exprime M. Jocqs à ce sujet dans son journal (*Clinique ophthalmologique*, janvier 1895)
« L'extrémité inférieure des cautérisations arrive au niveau du cul-de-sac et vient rejoindre la section

faite par la suture de Snellen, de sorte que les premières et cette dernière forment un système continu et que la cicatrice produite par la suture de Snellen exercera une traction sur l'extrémité inférieure des cicatrices verticales de la paupière. »

Plus loin, il ajoute : « Si l'on veut bien réfléchir à l'effet mécanique résultant de la combinaison de la suture de Snellen avec ces cautérisations verticales, on comprendra la nécessité d'utiliser cette double opération lorsque l'ectropion est très marqué. »

Aujourd'hui, il est persuadé que les cautérisations verticales suffiront dans la plupart des cas pour amener le redressement nécessaire et que la suture de Snellen ne doit être employée que dans les cas extrêmes.

Nous avons pu bien des fois constater l'efficacité et la rapidité des cautérisations verticales de beaucoup préférables aux cautérisations horizontales. Celles-ci sont insuffisantes ; elles ne peuvent avoir qu'un effet très modéré sur le bord libre, tandis que les verticales sont de véritables tuteurs qui agissent sur toute la hauteur de la paupière.

C'est précisément dans les cas d'ectropion où il s'agit d'obtenir une rétraction cicatricielle intense que les cautérisations verticales nous démontrent leur supériorité ; elles produiront ici un résultat très favorable alors que les cautérisations horizontales n'auraient donné lieu qu'à un léger redressement.

Comment agissent-elles ? L'action des cautérisations a donné lieu à plusieurs explications. Cusco admet-

tail la modification de l'élément spasmodique ; Trousseau le recroquevillement dû à l'action du feu sur les tissus. D'après Terrier, il faut y ajouter la production du tissu de cicatrice, production qu'il a quelquefois excitée en dissociant pendant quelques jours les lèvres de la plaie faite par le thermocautère.

« Dans l'épaisseur de la paupière après cautérisation, dit Delpech, s'engendre le tissu fibreux de cicatrice, lequel exerce incessamment les propriétés dont il est doué. » Pour Nélaton, il s'agit de produire sur le tissu cutané palpébral une eschare dont la chute soit suivie d'une cicatrice inodulaire. La rétraction consécutive redresse le bord libre de la paupière.

D'après la plupart des auteurs ce serait donc la rétraction cicatricielle qui produirait le redressement de la paupière. Cependant bien souvent nous avons pu voir que dans certains cas il n'en était pas ainsi, puisque surtout dans les ectropions légers, après une simple cautérisation le redressement était *immédiat*. Nous avons eu l'occasion de prendre à ce sujet quelques observations que nous rapportons plus loin. Il n'est pas douteux que l'action des cautérisations se soit ici exercée avant l'action cicatricielle, puisque le tissu de cicatrice ne peut se former instantanément.

D'autre part, nous avons rapporté à propos de la pathologie, deux observations (Obs. IV où nous avons vu un ectropion non traité guérir et obs. 5 (de

Spéville) où la compression seule a amené également la guérison d'un ectropion complet) qui démontrent bien qu'il n'y a pas là une cause mécanique permanent et qu'il s'agit d'une action autre que l'action cicatricielle soit nerveuse, soit réflexe.

Cusco, toutefois, en admettant la modification de l'élément spasmodique, avait remarqué qu'il s'agissait souvent d'un effet purement nerveux et nous pensons comme lui à ce sujet mais en y ajoutant cette restriction : l'effet produit est dû à une modification de l'élément parétique et non spasmodique. En effet cet ectropion s'observe surtout chez les gens d'un certain âge qui ont plus de tendance à avoir un affaiblissement qu'une contracture. De plus le premier degré de cet ectropion est, presque toujours, le renversement de l'extrémité interne (éversion des points lacrymaux) ; or ce fait s'observe d'habitude dans la paralysie faciale.

D'ailleurs, comment admettre qu'un spasme de l'orbiculaire renverse les paupières en dehors ? Comment admettre encore qu'un spasme de l'orbiculaire puisse persister pendant un temps fort long (nous avons rapporté un cas d'ectropion datant de 25 ans. Observation VI).

Sans être d'accord avec Cusco au sujet de l'interprétation, il faut reconnaître qu'il avait bien observé qu'il y a des ectropions qui peuvent guérir par l'effet des simples excitations du traitement, sans qu'une cicatrice soit nécessaire.

Dans ces cas où il y a simplement parésie (ectro-

pion muqueux parétique), on pourra donc se contenter de faire des cautérisations superficielles, puisqu'une simple irritation, une simple excitation de la muqueuse par le fer rouge suffisent pour ramener la contractilité musculaire et cette contractilité musculaire ne sera vraiment mise en jeu que si l'excitation se produit sur toute la hauteur de la muqueuse, c'est-à-dire si les cautérisations sont verticales. On remarque alors un redressement immédiat.

Il nous est maintenant facile d'expliquer pourquoi dans les multiples traitements qui ont été employés, on ait quelquefois obtenu des succès remarquables; pourquoi la simple application de caustiques, en ramenant la contractilité musculaire, amenait en même temps le redressement; pourquoi l'application du fer rouge et les cautérisations horizontales, en ne produisant pas toujours l'effet désiré, ont, dans certains cas, donné lieu à des guérisons complètes. C'est qu'alors on avait affaire précisément à cette catégorie d'ectropions qui peut guérir par une simple excitation nerveuse. L'orbiculaire des paupières, en effet, est un véritable sphincter analogue aux sphincters du rectum, du col de la vessie qui peut être influencé par l'excitation de la muqueuse qui le tapisse.

Mais à côté de ces cas, il en est d'autres où l'action des cautérisations se manifeste plus lentement et seulement lorsque la cicatrice a produit son effet. L'ectropion est alors également parétique, mais il s'y joint un certain degré de relâchement sénile; ici

la simple excitation des fibres musculaires ne suffira plus, il faudra surtout compter sur l'action du tissu de cicatrice et les cautérisations devront être d'autant plus profondes que la paralysie sera plus complète.

Il ne faut donc pas compter toujours sur cette influence excitante : le vrai but des cautérisations est d'amener le redressement des paupières par la rétraction cicatricielle.

Les cautérisations horizontales ne seront ici d'aucune utilité puisque, pour les raisons que nous avons indiquées, leur action n'est pas une action de rétraction suffisante ; d'ailleurs les insuccès obtenus en sont une preuve. Là où elles auront échoué, il suffira de faire quelques cautérisations verticales pour amener un tissu de cicatrices qui, agissant sur toute la paupière, donnera vraiment cette rétraction cicatricielle qu'on croyait avoir obtenu et qui, en réalité ne se produisait que sur une minime partie de la muqueuse ectropionnée.

OBSERVATIONS

Nous ne rapportons pas toutes les observations que nous avons rencontré, nous nous contenterons de donner les principales, les autres n'étant que la reproduction de celles-ci.

OBSERVATION VIII

Louise C..., 51 ans, a eu il y a 6 ans un commencement d'ectropion de la paupière gauche. Aujourd'hui, l'ectropion est complet.

Il existe un larmolement considérable avec boursoufflement, et irritation de la conjonctive palpébrale.

Opérée une première fois en juillet 1893, au moyen des cautérisations horizontales, il ne s'était produit aucune amélioration.

Un peu plus tard, quatre cautérisations verticales sont faites. Six jours après, la paupière était relevée, mais l'action cicatricielle n'étant pas définitive, on apercevait encore le point lacrymal. Quinze jours plus tard la guérison était absolue. Depuis lors, la paupière est restée relevée.

OBSERVATION IX

Elvire C..., 37 ans, se plaint de larmolement et de

picotements dans les yeux. Nous constatons qu'il existe un peu de conjonctivite avec une éversion du canalicule de chaque côté.

Une injection est faite dans le conduit lacrymo-nasal et le liquide passe complètement.

Une seule cautérisation verticale est faite dans toute la hauteur de la paupière qui correspond au canalicule et *immédiatement* après l'opération faite dans les deux paupières, le point lacrymal s'est déjà fortement relevé et du côté gauche, il est nécessaire de faire basculer le tarse en dehors pour l'apercevoir.

Le lendemain, le larmolement avait déjà considérablement diminué, 5 jours après, il n'existait plus.

OBSERVATION X (Personnelle).

Emilie K..., 51 ans.

Conjonctivite palpébrale et larmolement.

Déviation de la partie interne de la paupière gauche.

Deux cautérisations verticales amènent le redressement *immédiat*, il en résulte une notable diminution du larmolement.

Guérison complète huit jours après.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Ernestine P..., 37 ans.

Larmolement de l'œil droit datant de plusieurs années. Le conduit lacrymo-nasal est libre.

Il existe une légère déviation du canalicule.

Nous faisons deux cautérisations verticales et le point lacrymal *immédiatement* après l'opération regarde en dedans.

Guérison.

OBSERVATION XII

Jean B., 14 ans, est atteint de blépharite ulcéreuse et de conjonctivite.

Il a en même temps un ectropion considérable, que le larmoiement continu et le boursoufflement de la conjonctive, irritée et tuméfiée, contribuent à faire progresser chaque jour.

Le traitement de la blépharo-conjonctivite est fait en premier lieu, puis on pratique au thermocautère, quatre cautérisations verticales.

Le relèvement de la paupière se produit très vite, la cicatrisation est très avancée cinq jours après.

Quinze jours plus tard, on ne remarque presque pas de trace de cicatrices, et la paupière a définitivement repris sa situation normale.

OBSERVATION XIII

M^{me} Marie G..., 67 ans.

Ectropion moyen de l'œil droit, avec tous les symptômes d'une paralysie faciale.

Trois cautérisations verticales amènent le relèvement complet de la paupière quinze jours après.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

M^{me} J..., 48 ans, vient à la clinique se plaignant de larmoiement à peu près constant.

La malade est atteinte d'une légère paralysie du facial dont elle ne s'est jamais aperçue.

Nous constatons un léger ectropion lacrymal, et lorsque nous essayons d'abaisser la paupière, elle est flasque, lâche, et se relève très difficilement.

Pas d'obstruction du canal.

Deux cautérisations verticales amènent huit jours après une notable amélioration. Cependant, il existe encore un peu de larmolement. On pratique alors une nouvelle cautérisation occupant toute l'étendue de la partie interne de la paupière, c'est-à-dire commencée à la réunion de la conjonctive oculaire et palpébrale pour aboutir près du point lacrymal, et le redressement est définitif six jours après.

La paupière a repris sa contractilité musculaire.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Sylvain C..., 71 ans, vient à la clinique avec un larmolement abondant et des picotements dans les yeux dont il se plaint depuis trois ans environ.

En même temps que débutait le larmolement il s'apercevait aussi que les paupières commençaient à tomber. C'est surtout depuis six mois qu'il a noté un abaissement de plus en plus considérable des paupières et actuellement on remarque un ectropion double de 45° environ.

Instillation de quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent pour traiter la conjonctivite.

Puis de chaque côté, en une seule séance, on fait quatre cautérisations verticales. Quinze jours après on note une grande amélioration ; les paupières sont complètement relevées quoique encore un peu flasques.

Guérison totale trois semaines plus tard.

Nous revoyons ce même malade deux mois après ; la guérison de l'œil gauche s'est maintenue, mais il est survenu un léger larmolement du côté droit ; il y a en effet une légère déviation du canalicule.

Une raie de feu pratiquée le long de ce conduit fait, après huit jours, disparaître complètement le larmolement.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Léonie F..., blanchisseuse, 47 ans, a du larmolement de l'œil droit depuis trois ans environ.

Des douleurs survenues depuis quinze jours la décident à venir consulter.

Sur la partie interne de la paupière inférieure est un petit kyste qui existe depuis 25 ans environ.

Pas d'obstruction du canal.

En faisant regarder la malade en dedans, on remarque que le point lacrymal est dirigé en haut et que le canalicule n'adhère plus au globe oculaire.

Le kyste est enlevé; après cicatrisation, une cautérisation verticale amène la guérison.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Azemilia G..., 75 ans.

Relâchement de la partie interne de la paupière droite. Larmolement depuis plusieurs années.

Le tiers interne est légèrement affaissé; on distingue très nettement le point lacrymal sans faire basculer le tarse en dehors.

Dans l'œil gauche se trouve aussi une légère déviation mais moins apparente.

Le même jour, trois cautérisations sont faites sur la paupière droite, une sur la paupière gauche et déjà, après l'opération, le point lacrymal s'était relevé et regardait en haut au lieu de regarder en face.

Résultat très favorable.

OBSERVATION XVIII

Hyppolite B..., 28 ans, coiffeur est atteint de dacryocystite aiguë avec larmoiement assez abondant.

Il existe une déviation du point lacrymal à gauche.

Deux cautérisations verticales, après le traitement de la dacryocystite, suffisent à supprimer le larmoiement.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

Armand H..., 49 ans, négociant, vient à la clinique pour des conjonctivites à répétition.

Larmoiement assez intense.

Le trajet lacrymo-nasal laisse passer l'injection.

La guérison est obtenue à l'aide de deux cautérisations verticales faites à la moitié interne de la paupière.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Clémentine L..., 48 ans, femme de ménage, accuse depuis deux mois environ un larmoiement constant.

L'œil droit a débuté; trois semaines après l'œil gauche pleurait également.

Ce qui la décide à venir consulter, c'est que depuis quinze jours elle a remarqué des rougeurs intenses dans ses yeux avec des picotements fort pénibles qui progressent chaque jour.

Aujourd'hui elle a des douleurs circumorbitaires très vives et très fréquentes qui l'obligent à se coucher pendant la journée.

Nous remarquons une conjonctivite assez prononcée avec infiltration des paupières surtout du côté gauche.

Les points lacrymaux sont nettement déviés; ils sont même retournés en dehors; pas d'obstruction du canal.

Nous pratiquons trois cautérisations sur l'œil droit; deux sur l'œil gauche.

Le lendemain l'état est très satisfaisant; les points lacrymaux se sont relevés; le boursoufflement des paupières a même à peu près disparu.

CONCLUSIONS

I. — Il y a deux variétés d'ectropion : l'ectropion aigu consécutif à des poussées congestives intenses et l'ectropion chronique qui présente différents modes de production et qu'on a divisé en : ectropion cicatriciel ; ectropion lacrymal ou sénile ; ectropion muqueux.

II. — Il n'y a véritablement pas d'ectropion muqueux chronique qui serait le résultat d'une action mécanique ou la conséquence des contractions du muscle orbiculaire ; la condition première, nécessaire à la formation de cette affection est une parésie de l'orbiculaire.

III. — C'est une variété qu'il faut distinguer des précédentes avec lesquelles elle a été confondue. Nous appellerons cet ectropion, ectropion muqueux parétique.

IV. — Si les divers traitements qui ont été employés (fer rouge, caustiques, massage, électricité, cautérisations horizontales) ont été quelquefois couronnés de succès, c'est qu'on avait affaire précisé-

ment à cette variété d'ectropion où la simple excitation de la muqueuse suffit pour ramener la contractilité musculaire.

V. — Lorsqu'il s'agit de cas où à la parésie se joint un certain degré de relâchement sénile, le redressement de la paupière ne se fera que grâce à l'action du tissu de cicatrice. Or les cautérisations horizontales sont insuffisantes, car elles ne peuvent avoir qu'un effet très modéré sur le bord libre, n'agissant que sur une faible partie de la muqueuse ectropionnée.

VI. — Il faut dans ces cas employer les cautérisations verticales, car leur action se produit sur toute la surface de la muquense ; seules, elles peuvent amener une rétraction cicatricielle suffisante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adams (William)*. — Practical observations on ectropion or eversion of the eye-lids.
- Albucasis*. — Traité de chirurgie.
- Blamberg*. — American journal of the medical sciences (15^e vol., 2^e série).
- Bowmans (William)*. — Leçons sur les parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil (Trad. A. Testelin, Bruxelles, 1855).
- Celse*. — Traité de la médecine (de Ectropio, liv. VII. Sect. 7).
- Critchett (G.)*. — The Lancet, 1863, t. 1^{er}.
- Cruveilhier (P.-E.-G.)*. — De l'ectropion. Thèse agrég.. Paris, 1866.
- Cusco*. — France médicale, 1878.
- Delpech*. — Clinique chirurg. de Montpellier.
- Denonvilliers et Gosselin*. — Compendium de chirurgie.
- Desmarres*. — Traité therap. et prat. des maladies des yeux, t. 1^{er}, 1848.
- Dieffenbach*. — Die operative chirurgie, t. 1^{er}, Leipzig, 1845.
- Graefe (de)*. — Clinique ophtalmologique.
- Galezowski*. — Rec. d'ophtalmologie, 1875-1877.
- Guy de Chauliac*. — La grande chirurgie.
- Joëqs*. — Clinique ophtalmologique. Janvier 1895.
- Mackensie (W)*. — Traité prat. des mal. de l'œil. Trad. sur la 4^e édition par Warlomont et Testelin. Paris, 1857-1866.

- Michel.* — Graefe., Saemich, t. IV.
Nicert. — De la contracture spasmodique de l'orbiculaire
des paupières et de son traitement par l'incision
du muscle et le bordage des paupières (Bull. génér.
de therap. de Debout. Paris, 1861, t. LXI).
Nélaton. — Pathologie chirurgicale, t. III.
Panas. — Traité des maladies des yeux, t. II.
— Ectropion in nouv. Dict. de médec. et de chir. prat.
t. XXVI, 1878.
Paré (H.). — Œuvres complètes.
Percy. — Pyrotechnie chir. prat.
Richet. — Traité prat. d'anat. médico-chirurg., p. 418.
Ripault (H.). — France médicale et Paris médical, 1895.
Scarpa. — Traité des maladies des yeux. Trad. avec notes
par Bourguet et Bellanger. Paris, 1820.
Sullingo. — Bolletino di oculistica, mars 1883.
Trousseau. — Clin. médic., t. II, page 339.
— Union médicale, 1885.
Wecker (de). — Traité d'ophtalmologie.

Vu : Le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

